

Los derechos sexuales y reproductivos:

ESTUDIO DE CASO DE UNIDADES DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Carlos Iván Pacheco • Catalina Latorre • Carolina Enríquez • Eberto Guevara¹

Fecha de recepción: 02-05-06. Fecha de aceptación: 14-07-06.

Resumen

Se aplicó un instrumento cuanti-cualitativo para una aproximación a la garantía de derechos sexuales y reproductivos (DSR) en el sector salud desde la perspectiva de calidad de los usuarios/as en los servicios de planificación familiar y control prenatal de 5 unidades básicas de prestación de servicios de salud de Bogotá, en Kennedy, Candelaria, Ciudad Bolívar, junio a diciembre de 2004. Son fortalezas para evaluar la garantía de DSR, condiciones de la oferta y manejo de las unidades, en factores de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y competencia técnica. Procesos de participación comunitaria son una ganancia que debe ser direccionada a favor de lograr mayores beneficios para la población, garantizar la exigibilidad y portabilidad de los DSR. Son debilidades con calificación baja y que se relacionan con la calidad de servicios de salud, factores estructurales relacionados con la identificación de necesidades de la población, integralidad de la atención.

Palabras clave: Calidad de la atención de salud, indicadores de calidad de la atención en salud, servicios de salud reproductiva, servicios de planificación familiar, derechos de la mujer, Bogotá.

Abstract

An specific tool for quality evaluation was collected in 5 Primary Health Services of Bogotá, in Kennedy, Ciudad Bolívar and Candelaria, June- December 2004. This measurements ensures a customer perception of quality an assess sexual and reproductive rights in health sector, taking on account quality of health care issues, in family planning an antenatal care services. Found as positive, were issues concerning with delivery of care and service organization, related with opportunity, accessibility, acceptability and technical competence. Community participation becomes relevant for assessing health rights an improve health services. Low grades fore research in identifying community needs and lack of comprehensive services are issues that most be improve in order to assure quality of care.

Key Words: quality of health care, quality indicators, reproductive health services, family planning services , women´s rights, Bogotá.

1 Este trabajo forma parte del proyecto: La construcción de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Bogotá, desarrollado entre enero de 2004 y mayo de 2005, que contó con la cofinanciación del Instituto Colombiano para la Ciencia y la tecnología - Colciencias (Contrato No. 502-2003, código 1222-04-14317), en el área de ciencia y tecnología de la salud, y La facultad de Medicina de la Universidad del Rosario (Bogotá), a través del Grupo de Investigación en Salud Pública.



Introducción

La conferencia del Cairo puso énfasis en que los programas de salud reproductiva incluyeran servicios de calidad apropiada, teniendo en cuenta no sólo el costo, el acceso y la cobertura, sino también la perspectiva de las personas usuarias de los mismos (FNUAP, 1994 y Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2003).²

Para José García Núñez, la calidad de la atención se conceptualiza como “un derecho humano, una inversión económica y social, una filosofía gerencial que asigna prioridad a las necesidades e intereses del cliente, como base para mejorar la eficacia y efectividad de la operación del programa”. El mismo autor explicita la definición como “el nivel de satisfacción de las expectativas del usuario respecto a *información*: veraz, completa, apropiada; *servicio*: oportuno, confiable, competente, amable, ágil, adecuado, accesible, consistente, confortable, limpio, personalizado, con privacidad, de categoría, novedoso, mejorado, con capacidad y autoridad para referir; *precio*: accesible, razonable, competitivo, personalizado, y *continuidad*: mejoría, deseo de retornar, seguimiento”. (García, 1998). Desde esta perspectiva, la evaluación de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva se convierte en un elemento central en la mirada de la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las personas que asisten a los centros de salud. Como servicio público y derecho humano, la salud sexual y reproductiva, requiere que las instituciones públicas velen por su garantía.

En general, los diferentes autores que han tratado de definir la calidad en la prestación

² Esto implica unos servicios que garanticen los derechos sexuales y reproductivos de las personas, entre ellos a una salud sexual y reproductiva con calidad (CIPD, Naciones Unidas, NY, 1994).

de servicios de salud complementan los conceptos básicos de Donabedian, quien establece claramente unas características del sector salud que lo diferencian del sector industrial. Esa propiedad se puede definir como la obtención de los mayores beneficios posibles de la atención médica con los menores riesgos para el paciente, en donde los mayores beneficios se definen, a su vez, de acuerdo con los recursos con los que se cuenta para proporcionar la atención y de acuerdo con los valores sociales imperantes (Ruelas, 1986 y Donabedian, 1988).

A diferencia de las típicas definiciones de la calidad que se ofrecen en el ámbito de la producción de bienes, en donde la calidad está definida casi exclusivamente a partir de la satisfacción del cliente con el producto, en el caso de la atención a la salud, los servicios se otorgan a la persona y el objetivo central es actuar sobre los atributos individuales; la sola satisfacción del usuario no resulta suficiente para definir el concepto (Women's Health y Ruelas, 1993).

En efecto, la relación entre beneficios y riesgos que considera a la satisfacción, también debe considerar el resultado de esa acción sobre la salud y que en última instancia se expresa en el balance positivo entre las dos fuerzas. Los beneficios y los riesgos deben ser establecidos de acuerdo con estándares posibles y prevenibles. Si bien la medición de la calidad no es sencilla, es necesario enfatizar que sí es posible llevarla a cabo y con ello obtener juicios válidos.

La calidad de la atención en salud sexual y reproductiva debe incluir el concepto de acceso a servicios con enfoque de género, seguros y pagables, integrales y con estándares aceptables que llenen las expectativas de los clientes y sean prestados por personal preparado y proveedores entrenados (Women's Health).

En el concepto de calidad, según Donabedian, pueden distinguirse dos dimensiones: técnica e interpersonal. La primera, se refiere a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos para la solución del problema de salud del paciente. La segunda, alude a la relación personal que se establece entre el proveedor del servicio y el paciente. Dentro de esta segunda están las “comodidades”. Los proveedores de los servicios de salud tienden a destacar la dimensión técnica, en tanto que los usuarios privilegian la dimensión interpersonal. Existe una relación entre beneficios-riesgos-costos en la que el hipotético valor neto de la calidad podría calcularse al restar a los beneficios la suma de los riesgos más costosos (Ruelas, 1986 y Donabedian, 1988).

Existe diferencia entre la evaluación de la calidad y el mejoramiento de la misma. El proceso de evaluación se relaciona con el desarrollo de indicadores de evaluación y monitoreo de la información. Estas mediciones son multidimensionales y pueden centrarse en estructura, proceso y resultados de la atención y pueden tener orientación administrativa, clínica o datos de pacientes. Los procesos de mejoramiento continuo son el desarrollo de un proceso sistemático de utilización de las medidas de calidad para identificar factores críticos e implementar estrategias de mejoramiento, usualmente específicos para cada unidad (Leebov y Rezos, 1993; Weisman, Grason y Strobino, 1991).

Desde la perspectiva de prestación de servicios la calidad se puede evaluar examinando los efectos de la atención en las personas, los proveedores, por un plan de salud o por otra organización responsable de entregar servicios de salud; para este caso el numerador es el número de pacientes específicos atendido dentro del ámbito mencionado. Desde la base poblacional, para la evaluación de la calidad se consideran las características

atribuibles a la prestación de servicios como son las tasas de utilización, efectividad, apropiación y equidad en la entrega (Weisman, Grason y Strobino, 1991).

Se han desarrollado y validado diferentes instrumentos para la evaluación de la calidad en la prestación de servicios en salud sexual y reproductiva (García, 1998; Weissman, Grason y Strobino, 2001; Bruce, 1990; Haddad, Fournier y Potvin, 1998; Strobino, Loenig y Grason, 2000; Aldana, Piechulek y Al-Sabir, 2001; Boller, *et. al.*, 2003). Como pionero se identifica el de Bruce (1990), el cual aunque fue diseñado para planificación familiar es aplicable en general a otros programas de SSR. Este contempla seis (6) dimensiones, a saber: posibilidad de elegir métodos; información entregada a los pacientes; competencia técnica del personal de salud; relaciones interpersonales; seguimiento y continuidad en la atención, y la oferta de un paquete adecuado de servicios.

En esta investigación se decidió realizar estudios de caso de unidades de prestación de servicios de salud en las tres localidades incluidas en la investigación “Construcción de derechos sexuales y reproductivos en tres localidades de Bogotá”. Los estudios de caso se limitan a instituciones de la red de hospitales públicos de la ciudad, con los cuales la Secretaría Distrital de Salud tiene contratos de prestación de servicios y realiza además seguimiento y evaluación del cumplimiento de normas técnicas y administrativas, así como seguimiento de metas de producción.

Metodología

Para los análisis de caso se utiliza la metodología de “ruta de la calidad desde la perspectiva del usuario/a”, desarrollada en el segundo lustro de la década del 90 por José García Núñez, entonces miembro del Equipo



de Apoyo Técnico para América Latina del Fondo de Población de las Naciones Unidas³ (García, 1998).

Componentes

Determinantes estructurales

- Apoyo político al programa: se refiere al compromiso político de los diversos actores de los niveles centrales y locales, marco jurídico y normativo.
- Provisión de insumos: Comprende la suficiencia, adecuación y oportunidad en la provisión de insumos financieros, materiales y humanos.
- Relaciones del proveedor de servicios en sus diferentes niveles y con sus asociados: se observa el funcionamiento gerencial y administrativo de la organización entre los diferentes niveles de atención. Incluye mirar la capacidad de trabajo asociado con otras organizaciones locales que trabajan en programas y proyectos de salud sexual y reproductiva.
- Necesidades de la población meta: en un enfoque de calidad se toman en cuenta las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población meta, las condiciones y dificultades de la comunidad a la que se prestan los servicios y las características de la oferta de servicios. Esto implica niveles de investigación operativa liderada por las unidades de prestación de servicios, en los contextos de su área de influencia.

³ Al respecto ver: José García Núñez, *Guía para la evaluación de programas y proyectos en salud reproductiva*, EAT – UNFPA, 1996; como referencia conceptual también es útil el instrumento en mimeo del mismo autor de “*Ruta de la calidad desde la perspectiva del usuario*”, EAT – UNFPA, 1998.

- Participación de la comunidad: comprende la participación efectiva de los miembros de la comunidad, o por lo menos de sus líderes, en el diseño, ejecución y evaluación de los planes y programas de salud sexual y reproductiva.

Proceso

- Elección de métodos y servicios de planificación familiar: implica disponibilidad real de la gama actual de métodos anticonceptivos y a las limitaciones culturales, incluido el género, las financieras, ideológicas y operativas para obtenerlos de manera libre y sin coacción.
- Procesos de comunicación educativa en salud sexual y reproductiva (SSR) para usuarios/as de servicios y la población general: se refiere a la pertinencia y suficiencia de la información en SSR y derechos sexuales y reproductivos (DSR) que se da a la población para que pueda tomar decisiones informadas. Requiere el análisis de estrategias, materiales, contenidos, disponibilidad y adecuación de audiencias.
- Competencia técnica del equipo de salud para brindar comunicación educativa en SSR y DSR y dar atención en SSR: implica la existencia de normas técnicas en los diferentes niveles de atención (para los estudios de caso se consideraron las normas técnicas de la resolución 412/2000 del Ministerio de la Protección Social). Se refiere además a estudios, capacitación recibida, estrategias de capacitación y capacidad de desempeño del proveedor de los servicios, en términos de sus conocimientos, habilidades y desempeño para entregar comunicación educativa, atención clínica y atención comunitaria, requerida por la población.
- Relaciones interpersonales entre el proveedor de la atención en SSR y las personas:



comprende el nivel de humanización, calidez y confidencialidad con que se ofrece la comunicación educativa y los servicios. Para efectos de cómo funciona el sistema actual en Colombia se evalúan los contactos de la población con personal administrativo, como los facturadores y también con los prestadores de servicios de salud propiamente dichos como auxiliares, enfermeros/as y médicos/as. Se incluyen los obstáculos que se presentan durante el contacto usuario/proveedor, la comunicación de doble vía, el enfoque de género, el tiempo de espera o las demoras y la duración de la consulta.

- Mecanismos para incentivar la continuidad en la atención en los programas de SSR: son las estrategias que comprende la operación del programa para motivar el retorno y seguimiento de usuarios.

- Organización de los programas de comunicación educativa y de atención en SSR: se refiere a la oferta y adecuación de la comunicación educativa y los servicios a los valores culturales y necesidades de la población desde un enfoque de género. Incluye comodidad, limpieza, privacidad, disponibilidad de baños, condiciones del equipo, formas de administración, utilidad del sistema de información y conveniencia de los horarios.

Logros

- Desarrollo institucional para ofrecer comunicación educativa y atención en salud sexual y reproductiva a la población meta: comprende la medición de avance de los seis componentes de la etapa de proceso y considera por separado la capacidad institucional para implementar estrategias de comunicación educativa acordes con el contexto poblacional, y la capacidad institucional para ofrecer servicios de SSR.

- Accesibilidad de la población a comunicación educativa en SSR y DSR: implica que el mayor número de personas posible conozca y comprenda la información, educación y comunicación que se les proporciona y que utilice los servicios cuando lo requiere. Comprende, así mismo, accesibilidad cultural, económica, geográfica y financiera.

- Aceptabilidad de la comunidad de las estrategias de comunicación educativa y de la atención en SSR: se refiere a la adecuación de las estrategias de comunicación educativa en las personas y los cambios en conocimiento, actitudes, prácticas y representaciones en SSR y DSR. En términos de la atención en SSR comprende la compatibilidad sociocultural e idiomática del proveedor con la población meta.

- Satisfacción de las necesidades de comunicación educativa y de atención de los usuarios/as: se refiere a la capacidad de vincular la oferta con la demanda, a los niveles de satisfacción de lo que las personas consideran como sus necesidades, y tiene que ver con la equidad, eficiencia y eficacia del programa.

Impactos⁴

- Capacidad de la población meta para planificar y decidir sobre su vida en relación con la SSR y los DSR: comprende la capacidad que la población debe adquirir para poder definir los aspectos que conforman su estrategia de vida.

- Contribución a mejoramiento en índices de morbilidad materna y en los determinantes próximos de la fecundidad en la

⁴ La Ruta de la calidad desde la perspectiva del usuario no evalúa impactos en la morbilidad materna, ni en los cambios de actitudes, comportamientos, prácticas y representaciones. El instrumento está concebido para hacer mediciones periódicas que permitan rediseñar estrategias y establecer maneras de medir los impactos de las mismas.



población meta: se refiere a la incorporación de otros componentes de la salud sexual y reproductiva y a sus cambios en salud de la población meta; por ejemplo, embarazo, parto, puerperio, prevención de ITS/VIH/SIDA, infertilidad, edad al primer embarazo, espaciamiento de nacimientos, abortos, prevalencia en el uso de anticonceptivos, etc.

- Aspectos que condicionan los elementos descritos: en el listado de áreas temáticas debe asegurarse la incorporación de conceptos tales como perspectiva de los usuarios, enfoque de género, empoderamiento de las mujeres, progreso de las actividades de coordinación y establecimiento de normas.

Recolección de información con el instrumento de evaluación⁵

Para la evaluación de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva se indaga sobre seis (6) ítems generales, que a su vez exploran seis (6) subítems particulares, cada uno de los cuales cuenta con un número de preguntas, cada una con un valor de un punto (la columna de valor máximo indica el número de preguntas por subítem). En total, cien (100) preguntas, cada una con un valor de un punto y con valoraciones ponderadas de los seis (6) ítems generales.

La metodología para la valoración incluye diversos actores y una muestra aleatoria de diez (10) usuarios/as en uno o dos días de trabajo de cada unidad. Para nuestro caso, en cada unidad de observación se escogieron usuarias de los servicios de planificación familiar y control prenatal, entrevista al médico responsable de mayor jerarquía—en este caso el director—, entrevista a la

⁵ El instrumento fue desarrollado por José García Núñez. Para efectos de esta investigación se le hicieron adaptaciones al contexto de Bogotá, por parte del equipo investigador.

enfermera encargada de programas de SSR y entrevistas a usuarios clave o líderes comunitarios del sector. Implica también una observación ordenada de la unidad evaluada y la revisión de sus registros estadísticos. En total se aplicaron, en cada unidad, cinco (5) cuestionarios, dos (2) guías de observación y una (1) guía para realizar la revisión de los registros estadísticos y las historias clínicas de control prenatal y planificación familiar.

Para efectos de esta investigación el trabajo de campo fue realizado por estudiantes de décimo semestre de medicina, supervisados por una de las personas del equipo de investigación. Se revisaron cinco (5) unidades de servicios en total: en la localidad de Kennedy, dos Unidades de Atención Primaria (UPA A – B); en Ciudad Bolívar, una UPA y un Centro de Atención Médica Inmediata (CAMI), y en La Candelaria se evaluó la Unidad Básica de Atención (UBA).

La valoración de los diferentes ítems se realizó en grupos de trabajo con estudiantes e investigadores que discutieron los hallazgos y los comentarios de los diferentes actores participantes. La valoración final permite trazar una tendencia de los vacíos de cada unidad en particular y aquellos que son comunes a todas las unidades de salud evaluadas.

Resultados

Se presentan los principales resultados por ítem evaluado, haciendo énfasis en aquellos en que se encuentran deficiencias e intentando una interpretación ajustada a los contextos evaluados. La hipótesis de esta presentación de resultados es que hay algunos elementos estratégicos que se deben resolver en cada unidad, que corresponden a su contexto, pero hay otros que son transversales en todas las unidades o en la mayoría y podría tratarse de elementos estratégicos

CUADRO 1.
RESULTADOS DE LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN DE LA RUTA DE LA CALIDAD
RUTA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DESDE LA PERSPECTIVA DEL USUARIO

Ciudad: Bogotá		Localidad				
VALORACIÓN POR UNIDAD		kennedy		ciudad bolivar	la candelaria	
RUTA DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN	VALOR MÁXIMO	UPA A	UPA B	CAMI	UPA	UBA
1. Educación y servicios en sr en comunidad						
1. EVALUACION DE NECESIDADES	3	0,7	0,7	0,5	1	0,8
2. APOYO AL PROGRAMA/SERVICIOS DE SR	2	1	1,5	1,2	0,8	0,7
3. EDUCACIÓN EN COMUNIDAD	3	0,2	1	0,8	0,6	0,9
4. PROMOCIÓN PARA QUE REGRESE	2	0	0,6	1,5	0	2
5. REFERENCIAS ENTRE LA COMUNIDAD	1	1	1	1	0	0
6. PARTICIPACIÓN DE LA COMUNIDAD	2	1,3	2	1,5	0	1
TOTAL	13	4,2	6,8	6,5	2,4	5,4
2. Registro y actividades durante pre-consulta						
1. RELACIONES INTERPERSONALES	3	1,9	3	3	2,9	2,5
2. REGISTRO	2	1,7	0,6	0,8	0,8	0,7
3. INFORMACIÓN VISIBLE Y DISPONIBLE	2	0,8	0,8	0,6	0,5	1
4. CONSEJERIA	6	6	6	6	6	6
TOTAL	13	10,4	10,4	10,4	10,2	10,2
3. Durante la consulta						
1. EXAMEN MÉDICO	7	2,7	3,1	5,4	2,4	2,7
2. EDUCACIÓN DADA POR EL MÉDICO	4	3,2	1,8	2	2,8	2,1
3. REFERENCIA A OTRO SERVICIO	1	0,3	0	0,1	0,4	0,1
TOTAL	12	6,2	4,9	7,5	5,6	4,9
4. Durante la post-consulta y retorno						
1. INFORMACIÓN PARA QUE REGRESE	4	2,6	2,6	3,2	1,6	2,7
2. ACEPTABILIDAD Y ACCESIBILIDAD	4	3,9	3,3	3,7	4	3,9
3. LOGROS DE LA UNIDAD	6	4	4,5	1,4	3,5	1,6
TOTAL	14	10,5	10,4	8,3	9,1	8,2
5. Condiciones de la oferta y de la unidad						
1. INTEGRALIDAD DE LAS AREAS DE SR.	7	5,8	6,7	7	6,7	5
2. CONDICIONES DE LA UNIDAD	6	4,8	6	5,1	3,6	4,3
3. CONDICIONES DEL EQUIPO	7	7	7	7	4,5	6
TOTAL	20	17,6	19,7	19,1	14,8	15,3
6. Manejo de la Unidad y de los insumos						
1. PREVENCIÓN DE INFECCIONES	8	7	7	7	6	7
2. COMPETENCIA TÉCNICA	3	3	3	3	3	3
3. GERENCIA DE LA UNIDAD	8	6	6	7	5	6
4. MANEJO DE INSUMOS	5	4,3	5	5	5	5
5. MANEJO DE REGISTROS	4	2,5	4	3,8	4	3,5
TOTAL	28	22,8	25	25,8	23	24,5
Total Puntos	100	71,7	77,2	77,6	65,1	68,5

Fuente: Investigación “La construcción de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Bogotá”. Universidad del Rosario/ Colciencias. Instrumento modificado del original Ruta de la calidad desde la perspectiva del usuario. García, 1998, Guía para la evaluación de programas y proyectos en salud reproductiva, EAT – UNFPA. México. Aplicación y cálculo de los autores entre septiembre y noviembre de 2004.



para resolver desde niveles centrales y no locales.

Educación y servicios en SSR en comunidad

EVALUACIÓN DE NECESIDADES: en todas las unidades evaluadas, no se realiza investigación operativa tendiente a identificar necesidades de las poblaciones meta. Lo que existe es una investigación clínica,⁶ en el marco de la consulta médica y dirigida más al diagnóstico, el tratamiento y la prognosis. Sin embargo, esta investigación individual a usuarios en la consulta médica, permite tener algunas valoraciones sobre los aspectos mencionados, pero siempre cruzados por la subjetividad de los profesionales que realizan el proceso. Es evidente que hay una falencia de investigación colectiva o poblacional en aspectos de necesidades y contexto de la salud sexual y reproductiva de la población beneficiaria de los servicios. Algunos hospitales cuentan con equipos que realizan investigaciones de temas relevantes, pero no específicamente sobre temas de salud sexual y reproductiva y, sobre todo, se trata de una investigación no sistemática que pudiese dirigir los esfuerzos a mejorar la calidad en las unidades de salud y los contextos particulares en que prestan sus servicios.

APOYO AL PROGRAMA Y LOS SERVICIOS DE SSR: en el apoyo político desde la comunidad, encontramos diversos niveles de desarrollo. Un primer nivel, que se podría considerar más proactivo, es el que se percibe en una de las unidades, que pone el tema en agenda política con la comunidad y esta responde priorizándolo en los espacios de planeación

⁶ En las unidades estudiadas, generalmente se hacen preguntas en la consulta para identificar barreras de tipo cultural para el uso de métodos anticonceptivos.

local, como los encuentros ciudadanos. El tema circula y se pone de presente en los espacios comunitarios donde se deciden las prioridades y en cierta medida se plantean programas y proyectos, y se delinear presupuestos. Otra expresión es la continua solicitud de instituciones educativas de colaboraciones para el abordaje de estos temas con estudiantes. Un segundo nivel es aquel en que el apoyo proviene específicamente de instancias comunitarias del sector salud. Los comités de participación comunitaria (COPACOS) realizan apoyo a los programas. Un tercer nivel tiene que ver con la participación comunitaria desde los procesos de fiscalización, por medio de las veedurías. No se realizan procesos expresos de apoyo político a los programas sino más bien una labor de fiscalización, buen uso de los recursos y atención oportuna a usuarios/as de los servicios. Algunas unidades no cuentan con instancias propias de participación en su contexto inmediato. Las instancias pertenecen más al nivel del hospital de referencia para toda la localidad y se pierde la mirada del contexto particular donde se actúa. En otras, como la unidad de atención primaria (UPA A) de Kennedy, se percibe el apoyo político en tanto la comunidad cede recursos, como salones comunitarios, para la realización de actividades de salud. En cuanto al apoyo político y financiero desde los entes gubernamentales, la percepción de las unidades evaluadas es más uniforme, en cuanto existe una relevancia política expresa en actores políticos locales como ediles, alcaldes y la administración distrital; sin embargo, esta relevancia política no corresponde con la definición presupuestal para enfrentar las problemáticas de SSR de las comunidades. Se da mucha importancia al tema en el discurso de los actores políticos locales y distritales, pero eso no corresponde con la priorización presupuestal que se enfoca más a obras de infraestructura. Todas las unidades expresan un apoyo político expreso desde la Secretaría



Distrital de salud, pero con restricciones presupuestales.

EDUCACIÓN EN COMUNIDAD: las unidades refieren que los eventos de educación en SSR, con participación social, generalmente son charlas en temas específicos de planificación familiar, ITS/VIH/SIDA, cáncer de cuello uterino y el curso psicoprofiláctico para mujeres embarazadas. Se evidencia que los contenidos en su mayoría están relacionados con la reproducción; la sexualidad sólo aparece a partir de la problemática.

Los contenidos de derechos sexuales y reproductivos no aparecen en las unidades estudiadas. Es necesario establecer aquí que debido a la organización de servicios del Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS) se ha producido una escisión entre los contenidos de promoción y prevención y los de atención, tratamiento y rehabilitación. El equipo de las Unidades generalmente se dedica a los tres últimos y aborda los primeros a través de charlas en las salas de espera o en cursos específicos como el psicoprofiláctico. Las actividades de educación y promoción de la salud se asignan al equipo extramural del Plan de Atención Básica, que aparece como separado y con poca coordinación con las unidades locales.

En el caso masculino, no existen programas específicos y cuando los hombres consultan por problemas de salud sexual y reproductiva, no se cuenta con un registro que permita tener estadísticas consolidadas para el sexo masculino. Una UPA tiene un programa específico para anticoncepción definitiva y realiza charlas informativas a hombres interesados en este método. Es necesario insistir en las recomendaciones de la Conferencia de Población y Desarrollo de el Cairo (CIPD, 1994), que además se incorpora a los lineamientos de política de salud sexual y reproductiva de la Secretaría Distrital de Salud (1998)

y a la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (PNSSR, 2003). Para garantizar los derechos sexuales y reproductivos de hombres y mujeres, incluyendo personas adolescentes, es necesario que las unidades de prestación de servicios incorporen a los hombres y sus necesidades en SSR en los procesos de comunicación educativa y de prestación de servicios.

La incorporación de la categoría de género a la comunicación educativa, en comunidad, en SSR, es inexistente en todas las unidades evaluadas. La misma CIPD y los distintos estudios sobre salud sexual y reproductiva en Colombia y en el mundo dan cuenta de la sinergia existente entre la construcción cultural de la diferencia sexual, el género, y las problemáticas derivadas del ejercicio sexual y reproductivo. Es necesario evaluar más a profundidad la existencia de la perspectiva de género en los prestadores, aquellos que realizan procesos de comunicación educativa en SSR y de atención en la misma. Estereotipos de género arraigados en representaciones e imaginarios, en el ámbito de los servicios vulneran los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y de las personas adolescentes. Este es un punto en el que se debe cimentar cualquier estrategia de mejoramiento de la calidad de los servicios de SSR y la garantía de los DSR.

PROMOCIÓN PARA QUE EL USUARIO/A REGRESE: este subítem tiene un comportamiento especial: la evaluación se realizó en un periodo de tiempo medio en el cual se realizaron algunos cambios en la organización de los servicios públicos, sobre todo en sectores periféricos y deprimidos de las localidades. Por esta razón, la evaluación de algunas unidades antes de estos cambios puede ser baja, mientras que la de otras aparece alta debido a la iniciación del programa de Salud a su Hogar, que impulsa la Secretaría Distrital de Salud.



En el momento de la evaluación, en la localidad de Kennedy, una de las unidades evaluadas de salud no contaba con personal o programas para la realización de visitas domiciliarias. La inducción de la demanda en una era nula, excepto por carteleras fijadas en el mismo centro de salud con los servicios y horarios. En la otra se cuenta con un promotor que promociona las formas de acceso y servicios del hospital.

En Ciudad Bolívar, no se realizan visitas domiciliarias como estrategia para captar demanda. Las estrategias para aumentar la demanda dependen de carteleras que se fijan en sitios públicos, como el salón comunal, con los servicios que presta la unidad. En el CAMI, cuya evaluación se realizó posteriormente, aparece el grupo de salud familiar como una estrategia extramural de generar demanda inducida a los servicios. Lo mismo ocurre en la evaluación que se realiza en La Candelaria.

La pregunta que surge aquí es ¿cómo incorporar en los procesos gerenciales de gestión de servicios, estrategias de demanda inducida que capten tempranamente y con oportunidad problemáticas de salud, incluidas las de salud sexual y reproductiva y que no dependan de la política de turno de la SDS? Es un riesgo depender de programas coyunturales que no necesariamente tendrán continuidad en futuras administraciones. No se entiende cómo desde una visión de eficiencia y eficacia de los servicios y una atención de calidad, propugnada desde los desarrollos de la gerencia de salud moderna, hemos perdido las lecciones aprendidas durante años de atención primaria en salud, uno de cuyos pilares es el trabajo comunitario a través de grupos extramurales para demanda inducida y procesos de comunicación educativa.

REFERENCIAS ENTRE LA COMUNIDAD: en Kennedy se han logrado acuerdos con otras orga-

nizaciones estatales como el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) y el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para complementar acciones de las unidades de salud. La gestión comunitaria ha sido importante en el logro de acuerdos con la alcaldía local.

En Ciudad Bolívar, coincidente con el hecho de que no existe organización comunitaria en el ámbito de la UPA —ésta se realiza desde el nivel local—, no hay acuerdos en que la comunidad haya intervenido, positiva o negativamente. En el CAMI, por otra parte, hay acuerdos en que ha participado activamente el COPACO y la junta de acción comunal, con las unidades ejecutoras locales (UEL). Para la UBA de La Candelaria Centro, la situación es similar a la encontrada en la UPA anterior.

Registro y actividades durante la preconsulta

La nueva organización de servicios de salud, eliminó el espacio relacional de la preconsulta. El ítem se adaptó a aquellas actividades que preceden la prestación del servicio y las interacciones con personal administrativo y de servicios, como los facturadores y las auxiliares, que a veces y en algunas unidades realizan actividades de carácter educativo. El subítem de consejería —como se verá adelante— se calificó con el total de seis (6) puntos —para no afectar el total general sobre cien (100) puntos—, en todas las unidades, partiendo del hecho que la consejería preconsulta no existe. No obstante, se hará una valoración de percepciones basada en los comentarios y observaciones de los actores de las unidades.

RELACIONES INTERPERSONALES: los juicios de valor sobre estos asuntos son bastante favorables en todas las unidades investigadas. Las usuarias se sienten confortables y bien

tratadas en todas las unidades. Respecto al tiempo de espera, en el 60% de las unidades el fue adecuado; para las otras fue largo y dispendioso.

REGISTRO: este subítem refiere al registro correcto y completo de datos básicos y signos vitales en las historias clínicas de usuarias de control prenatal y planificación familiar. Se valoró escogiendo aleatoriamente diez (10) historias de planificación familiar y control prenatal. Los resultados son variables por unidad estudiada, de tal manera que se prefiere presentar individualmente para luego aproximar interpretaciones más generales (Tabla 1).

Aunque se puede haber caído en muestras no representativas de historias clínicas, los datos variados, pero consistentes en diversas unidades, establecen una regularidad que debe llamar la atención sobre la aplicación básica de los protocolos y normas clínicas, y más aún de la aplicación del conocimiento básico de la semiología para una buena toma de decisiones clínicas en temas relevantes como el alto riesgo obstétrico y perinatal y las complicaciones del uso de la tecnología anticonceptiva. Cada hospital tiene formatos de historia clínica que en ocasiones no contemplan los datos completos para la valoración clínica pertinente, en programas específicos como el control prenatal y la planificación familiar. Los formatos establecidos generan rutinas que hacen que los prestadores obvien el interrogatorio completo y el examen clínico aprendido en su formación profesional, en aras de adaptarse a los requerimientos de información y tiempo establecidos en cada institución. La SDS debiera revisar los distintos formatos y su adaptación a las normas y protocolos necesarios para un ejercicio clínico que garantice el derecho a una atención en salud sexual y reproductiva de calidad.

INFORMACIÓN VISIBLE Y DISPONIBLE: en todas las unidades la información que predomina

son los afiches sobre lactancia materna. En Kennedy, en el momento de la evaluación se acababan de poner afiches sobre los derechos sexuales y reproductivos. No hay entrega de folletos ni presentación de videos, excepto en La Candelaria Centro, donde se presentan videos sobre el VIH/SIDA y el auto examen de seno. Los estereotipos de estrato no se eliminan en la mayoría de centros, donde se siguen utilizando en los materiales madres y bebés caucásicos. En Kennedy Central, se utiliza una foto de una usuaria con la enfermera de la UPA. Los estereotipos de género siguen sin modificación en los materiales ya que están enfocados en las mujeres y sus procesos reproductivos. La participación del hombre en la maternidad, en los cuidados de los niños/as, o en la planificación familiar, no aparece en ninguno de los materiales observados. La medición sobre la recepción de los materiales, su uso y su utilidad debe convertirse en una actividad periódica para cada una de las unidades.

CONSEJERÍA PRECONSULTA: la actividad de preconsulta desapareció. Este subitem se intentó valorar a través de las actividades educativas colectivas o individuales que se realizan en cada una de las unidades de servicios, previas a las consultas de control prenatal y planificación familiar. Por la heterogeneidad de las actividades, el equipo investigador decidió aplicar el puntaje total del subitem (seis puntos) a todas las unidades, para mantener la valoración del ponderado de cien puntos totales. Sin embargo, se explicitan aquí algunas de los comentarios o sugerencias que surgieron por parte de los observadores. En general, se observa que a pesar que se intenta utilizar un lenguaje acorde con las personas que asisten a los servicios, se siguen utilizando términos técnicos que no se clarifican adecuadamente y confunden los usuarios/as, adicionalmente se consideró que hacen falta materiales didácticos adecuados para ayuda en las sesiones educativas colectivas e indivi-



duales. Para futuras valoraciones se tendrá que adaptar este subitem, conjuntamente con los prestadores de servicios, de manera que se estandarice y pueda evaluarse sobre actividades que se cumplan en todas las unidades.

Registro y actividades durante la consulta

EXAMEN MÉDICO: en las historias clínicas revisadas para este subitem se encuentra que no se registra la apariencia física general de las usuarias, excepto en algunos casos aislados de control prenatal. El estado nutricional se registra en algunas de las unidades que utilizan el formato del Centro Latinoamericano de perinatología (CLAP) y en otras que tienen formatos propios de registro. En ninguna de las historias de planificación familiar hay registro del estado nutricional. Los registros sobre violencia psicológica, física y sexual, se comportan de similar manera; en aquellas unidades donde los formatos cuentan con la pregunta, se registra en los casos de control prenatal (Kennedy, UPA A 80% y Candelaria, 40%). En el resto de unidades no se registra y para el caso de las usuarias de planificación familiar no se registra en ninguna de las historias y la pregunta no aparece en el formato de este servicio. Los datos del registro de examen de pelvis y mama, recomendaciones sobre cuidado y medicación, exámenes complementarios y su interpretación se resumen en la Tabla 1.

Más allá de los formatos utilizados por cada unidad y los aspectos del tiempo para la consulta, la mirada de los datos obtenidos llama la atención sobre la concepción de

integralidad de los servicios de salud sexual y reproductiva.⁷ Encontrar registros de historias clínicas de control prenatal, sin registros básicos de nutrición y signos vitales o historias clínicas de planificación familiar, sin examen de aparato reproductivo, puede dar cuenta de problemas de integralidad de la atención combinados con aspectos de formación, y de tiempo para la consulta. Sin embargo, otros aspectos encontrados, como el escaso o nulo registro de preguntas referentes a violencia física, psicológica o sexual en usuarias de planificación familiar, indican que se sigue viendo a la usuaria no como una persona que requiere atención integral, por estar en un momento de su ciclo vital determinado, sino más bien como una usuaria de un programa específico que no requiere valoración más allá de los aspectos reproductivos. Esto implicaría un proceso de trabajo con los profesionales en aspectos de atención integral de salud sexual y reproductiva, para que revisando subjetividades propias y aspectos técnicos científicos, empiecen a ver al usuario y a la usuaria como sujetos de derechos humanos sexuales y reproductivos.

EDUCACIÓN DADA POR EL MÉDICO/A EN SSR: al tratarse de juicios de valor de las usuarias, no se evalúa la calidad de la información; simplemente, se observa si la usuaria percibe que se le habló de determinado tema o sintió que se le permitió decidir. Esto es un indicativo general de satisfacción de la usuaria y de cómo desde su perspectiva se respetó su derecho sexual y reproductivo a la información y a la decisión. En general, las usuarias de las unidades percibieron que la información sobre su condición general fue adecuada. En cambio, en cuanto a la información sobre planificación familiar, sólo el 50% de las usuarias entrevistadas afirma haber recibido información por parte del médico. La información sobre otros tópicos de salud sexual y reproducti-

⁷ Uno de los derechos sexuales y reproductivos a los que hace referencia la *CIPD* (1994) es el derecho a una Atención integral en salud sexual y reproductiva.



TABLA 1.
RESULTADOS DE REVISIÓN DE REGISTROS EN PRECONSULTA Y CONSULTA

LOCALIDAD	UNIDAD DE ATENCIÓN	REGISTRO EN PRECONSULTA (10 H.C. por cada sitio de atención)		EXAMINA Y REGISTRA EN CONSULTA (10 historias clínicas revisadas por cada sitio de atención de programas de salud sexual y reproductiva seleccionadas al azar)						
		Llenado correcto y completo de datos básicos	Llenado correcto de signos vitales	Registra la apariencia física general	Registra el estado de nutrición	Registra violencia física, sexual y psicológica	Se examina y registra mama y pelvis	Se examina y registra el aparato reproductivo femenino y masculino	Se anotan recomendaciones sobre cuidado y medicación	Se anotan de manera completa los exámenes complementarios y su interpretación
KENNEDY	UPA A	70%	100%	20%	20%	40%	50%	50%	50%	50%
	UPA B	50%	10%	10%	0%	0%	90%	80%	80%	50%
CIUDAD BOLIVAR	CAMI	30%	50%	40%	100%	0%	100%	100%	100%	100%
	UPA	70%	10%	10%	50%	0%	0%	50%	50%	80%
CANDELARIA	UBA	30%	40%	10%	10%	30%	30%	60%	90%	40%
	PORCENTAJE TOTAL	50%	42%	18%	36%	14%	54%	74%	64%	64%

Fuente: Investigación “La construcción de los derechos sexuales y reproductivos en adolescentes de Bogotá”. Universidad del Rosario/ Conciencias. Instrumento modificado del original Ruta de la calidad desde la perspectiva del usuario. García, 1998, Guía para la evaluación de programas y proyectos en salud reproductiva, EAT – UNFPA, México. Aplicación y cálculo de los autores entre septiembre y noviembre de 2004.



va y DSR también es reducida en todas las unidades, excepto en una unidad donde 9 de 10 usuarias entrevistadas afirmaron haber recibido información en la consulta médica. Sobre la posibilidad de elegir su tratamiento, en Kennedy, en la UPA A, las usuarias entrevistadas no recibían tratamiento alguno; en la UPA B, la mitad de las entrevistadas percibió que tuvo posibilidad de elegir el tratamiento. En la localidad de Ciudad Bolívar, 9 de 10 usuarias sintió que participó en la elección de su tratamiento; en el CAMI 5 de 10, y en La Candelaria 2 de 10, sintieron que tuvieron posibilidades de decidir sobre su tratamiento. Lo fundamental de este subitem, también tiene que ver, como en el anterior, con la comprensión de la integralidad de servicios en SSR y sobre la percepción que tenga el profesional de la salud sobre el usuario como sujeto de derechos. Vistos los resultados, estos son coincidentes con una visión escindida de las personas que consultan —en este caso mujeres—, a las cuales se les da la información necesaria sobre el motivo de consulta y el diagnóstico y tratamiento, no siempre de manera completa, sin ahondar en otros aspectos importantes de su salud sexual y reproductiva. Que se considere importante preguntar sobre violencia física, psicológica y sexual, a las mujeres que asisten a control prenatal, pero no en aquellas que asisten a planificación familiar, muestra una prestación de servicios con una concepción basada en problemáticas específicas y delimitadas y no centrada en las personas como sujetos de derechos; denota además una valoración estereotipada y que da importancia a los procesos reproductivos y entre ellos a la maternidad y valora como menos importante aspectos de la vida sexual de las mujeres como aquellos que tienen que ver con la planificación familiar o las consultas por ITS. Una extensión del campo de la salud sexual y reproductiva al campo de la sexualidad y de los derechos sexuales y reproductivos

puede ayudar a hacer una mirada integral de los servicios.

REFERENCIA A OTROS SERVICIOS: explora si durante la consulta se le habló a la usuaria sobre otros servicios de salud, y si se hizo referencia en caso necesario. En todas las unidades observadas, las usuarias no percibieron que se les haya informado sobre otros servicios, y por ende tampoco se les hizo referencia a ninguno de estos en particular.

Procesos de la posconsulta y el retorno

INFORMACIÓN PARA QUE REGRESE: en general, las indicaciones sobre cuando regresar y aplicar la medicación son buenas y la mayoría de las entrevistadas —entre 6 y 10 en todas las unidades— opinó favorablemente sobre este punto. La pregunta sobre dónde acudir en caso de emergencia en SSR y violencia tuvo un comportamiento variable.

En la información sobre indicaciones higiénico dietéticas, a excepción de la UPA de Ciudad Bolívar (3/10), en el resto de unidades entre 6 y 8 usuarias refieren haber recibido indicaciones. En relación con la preparación para exámenes complementarios, la respuesta fue variable: entre el 40% y el 60% de las usuarias refieren haber recibido información al respecto.

Es evidente que además de lo dicho sobre la concepción integral de los servicios, el tiempo, los formatos de historia clínica, es necesario estandarizar la información y educación que se proporciona a las usuarias en todas las unidades, con base en criterios científicos, de respeto a la cultura y sobre todo, teniendo en cuenta la garantía de los derechos humanos de los y las usuarias.

ACCESIBILIDAD Y ACEPTABILIDAD: los juicios de valor de las usuarias sobre estos tópicos son muy favorables en todas las unidades.



LOGROS DE LA UNIDAD POR SEMANA POS CONSULTA: en ninguna de las unidades existe registros claros sobre las complicaciones en SSR y en la mayoría de ellas no existe registro de las referencias en este campo. Solamente en la UPA B de Kennedy se tiene un libro donde se registran los datos del paciente y la causa de remisión.

Condiciones de la oferta y la unidad

INTEGRALIDAD EN LAS ÁREAS DE SSR: este subitem se investiga con la gerencia de la unidad y busca establecer elementos que marquen la existencia de servicios integrados. La disponibilidad de los métodos es alta según la información dada por los directivos de las unidades. No obstante, dos de ellos plantean que se tiene disponibilidad de los más utilizados o que se da prioridad a los que se administran principalmente. Otro de ellos refiere que la disponibilidad depende del sistema de afiliación de la usuaria/o. El CIPD y los derechos sexuales y reproductivos establecen que debe existir disponibilidad de toda la gama de métodos anticonceptivos, sin discriminación de ningún tipo. Esto implica no tomar decisiones sobre sólo tener los métodos “más usados” o “más administrados” y por supuesto, no debieran existir diferencias en la escogencia libre de métodos según afiliación. Estas inequidades y decisiones gerenciales, de obtener métodos anticonceptivos más baratos o basarse en aquellos que “regala” la industria farmacéutica, no contribuyen al libre ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

Es evidente, por la información de los gerentes, que se han producido grandes avances en los temas de control y atención del embarazo seguro y la promoción de la lactancia materna. Este dato, de todas maneras, contrasta con datos ya discutidos sobre la calidad de

la consulta, o por lo menos, con los registros de control prenatal en las historias clínicas revisadas y en las entrevistas a usuarias sobre la información recibida.

Los directivos de unidad también informan que la información en ITS/VIH/SIDA existe en los servicios. Hay diferentes modalidades de acuerdo a las unidades. Algunas priorizan las actividades colectivas, vía Plan de Atención Básica, y otras dan más importancia a la información que se proporciona en la consulta individual. Sin embargo, es necesario triangular la información con la recibida por las usuarias cuando la mayoría de las entrevistadas en las unidades consideró que no recibía información adicional en temas de SSR durante la consulta. El mismo análisis cabe a la pregunta sobre otros aspectos de salud de la mujer, donde todos los gerentes opinan que se da información sobre nutrición y muchas de las unidades cuentan con consulta específica de nutrición. Esta opinión contrasta con lo encontrado en los registros sobre la nutrición en usuarias de PF y control prenatal y en las opiniones de las usuarias sobre educación recibida en las consultas y la referencia a otros servicios complementarios.

En todas las unidades existen convenios para atención complementaria. Diversas entidades se mencionan como participantes: el DABS, Profamilia, otros hospitales de mayor nivel, e incluso la industria farmacéutica que proporciona anticonceptivos.

En el 40% de las unidades, los directivos entrevistados consideraron que no tenían personal capacitado, o que por lo menos no había recibido un entrenamiento específico en la atención de adolescentes. Las otras unidades refieren que cuentan con personal entrenado para este fin. Ya que la CIPD y la Política Nacional de SSR, al igual que los lineamientos de SSR del Distrito, priorizan



al grupo de adolescentes en las actividades de SSR, las unidades y hospitales locales no debieran ahorrar esfuerzos en la capacitación de personal profesional y técnico para brindar trato diferencial a las personas adolescentes considerándolas siempre como sujetos de derechos. Todos los gerentes de unidad perciben que el equipo humano respeta las especificidades culturales y el estrato de sus usuarias y usuarios.

CONDICIONES DE LA UNIDAD: en la observación de las cinco unidades se pudo constatar que la mayoría de ellas tiene edificio y consultorios adecuados, existe privacidad en la consulta y tienen áreas de consejería y espera agradables para el usuario y con limpieza y ventilación adecuadas. Las condiciones de los baños para hombres y mujeres requieren de mayor atención en aseo y limpieza. Existen espacios adecuados de capacitación en todos los centros excepto en uno donde se habilita un pasillo para actividades educativas. Las falencias encontradas se pueden solucionar con acciones en cada una de las unidades, excepto las que tienen que ver con infraestructura que quizás requieran de gestión adicional para su financiación.

CONDICIONES DEL EQUIPO PARA ATENCIÓN DEL PROGRAMAS DE SSR: es evidente que se ha avanzado en las condiciones infraestructurales y de equipos para garantizar una atención con calidad. Existen aún vacíos, la mayoría de ellos subsanables con acciones locales de las unidades.

Manejo de la unidad y los insumos

PREVENCIÓN DE INFECCIONES EN LA ATENCIÓN DE SSR: todas las unidades cumplen con los puntos de control de infecciones, excepto el que se refiere al lavado de la mesa de examen ginecológico después de cada examen. Este punto no se cumple en ninguna de las unida-

des ya que todas realizan el procedimiento al final del día.

COMPETENCIA TÉCNICA Y COMPLEMENTARIEDAD DEL EQUIPO PROVEEDOR: este subitem cumple todos los criterios evaluados en todas las unidades.

GERENCIA DE LA UNIDAD: se valora en entrevista con la enfermera de programas y con control del gerente. En todas las unidades se cumple adecuadamente, según la opinión de enfermeras y gerentes. Sin embargo, es de destacar que los planes anuales de actividades son generales y no corresponden a los programas de SSR en particular y la fijación de metas cualitativas no es clara y más bien responde a metas que se les asignan desde niveles centrales, incluidas las de las normas del Ministerio de la Protección Social. Las políticas de autogestión y las de contención de costos no se manejan en las unidades observadas.

MANEJO DE INSUMOS: las entrevistas arrojan una valoración positiva sobre el manejo de insumos en todos sus aspectos, con algunas falencias en variedad de métodos y desabastecimiento ocasional de algunos de ellos. No obstante, como en otras informaciones, es necesario cruzar con las opiniones dadas por usuarias y por gerentes que hicieron énfasis en que había variedad de los métodos más utilizados.

MANEJO DE REGISTROS: la valoración por parte de las entrevistadas de los puntos es positiva. Se realizan informes aunque no necesariamente específicos para SSR y estos son accesibles para el personal, sin que esto quiera decir que hay actividades periódicas de análisis y toma de decisiones con base en esos informes. Los análisis y proyecciones de datos se realizan en los niveles centrales de los hospitales locales y no siempre esa información retorna a las unidades para

ser utilizada en el contexto particular. Los registros contables son los que se utilizan en facturación y se consolidan a nivel central de los hospitales locales.

Discusión

El enfoque de gestión de calidad de los servicios de salud, viene tomando fuerza en a partir de lo años 80, y en el Sistema General de Seguridad Social colombiano se ha fortalecido mediante actos regulatorios de obligatorio cumplimiento, con implicaciones que se reflejan en la prestación de los servicios de salud, incluyendo aquellos relacionados con la Salud sexual y reproductiva (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2003). Este enfoque busca ante todo, el compromiso con el mejoramiento, la satisfacción del cliente, la valoración del empleado y hace énfasis en los procesos y toma decisiones con base en los datos.

Como se explicó al inicio del documento, para José García Núñez la calidad de la atención se conceptualiza como “un derecho humano, una inversión económica y social, una filosofía gerencial que asigna prioridad a las necesidades e intereses del cliente, como base para mejorar la eficacia y efectividad de la operación del programa”, de igual forma este planteamiento coincide con las perspectivas de diferentes documentos consultados (García, 1998; Ruelas, 1986; Donabedian, 1988; Bruce, 1990; Haddad, Fournier y Potvin, 1998; Hartigan, 2001, entre otros). Con estos enfoques conceptuales parte el ejercicio desarrollado durante la presente investigación, pretende establecer diferentes puntos críticos en la atención de salud, desde el enfoque de estructura, proceso y resultado, tradicionalmente utilizado en los análisis de evaluación de servicios y resaltando los principales beneficios para el usuario, en el marco de la calidad e identificando la opor-

tunidad, la accesibilidad, la integralidad, la suficiencia y la racionalidad técnico-científica para la toma de decisiones, así como la satisfacción del usuario y la evaluación de sus necesidades, haciendo referencia a los servicios de salud sexual y reproductiva.

En el transcurso de las observaciones de campo y de las entrevistas se evidencian como fortalezas para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva en las unidades de atención seleccionadas, aquellos relacionados con las condiciones de la oferta y manejo de las Unidades, especialmente en factores de accesibilidad, aceptabilidad, oportunidad y competencia técnica por parte del personal a cargo, aunque en algunas unidades se identificaron problemas de instalaciones en general, como parte de las políticas desarrolladas por la Secretaría Distrital de Salud. Es evidente que la adecuación de instalaciones y la red de unidades de atención primaria han tenido una mejoría en el acceso a servicios y en el conocimiento del personal a cargo del cumplimiento de disposiciones establecidas principalmente en la normas técnicas del Ministerio de la Protección Social. Estos resultados son coincidentes con estudios realizados en países en vías de desarrollo, en los cuales, en la década de los 90, se adelantaron estudios de evaluación de la calidad en salud sexual y reproductiva (Baltusen, Haddad y Sauerbon, 2002; Boller, *et. al*, 2003), en donde se encontró, por ejemplo, que la calificación de las usuarias en cuanto a infraestructura es satisfactoria, así como también en la prueba del sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de México, donde se utilizó un instrumento similar al de este estudio, pero con algunas modificaciones (México, C.N D.P., 2000). Los pacientes son más sensibles a tiempos de espera prolongados que al tiempo restringido en consulta (Aldana, Piechulek y Al-Sabir, 2001). En general, las usuarias de las unidades de atención consultadas no



manifestaron inconformidad con este ítem. Aunque no se contabilizó el tiempo promedio, en algunos estudios se encuentran tiempos de 30 minutos ($\pm 2,5$) para salud sexual y reproductiva y de 19 minutos para control prenatal, frente a promedios de tiempo de consulta de 6 minutos, los cuales no se perciben como insatisfactorios. La percepción de satisfacción con el servicio puede ser un buen predictor del comportamiento personal de las pacientes con su tratamiento (Aldana, Piechulek y Al-Sabir, 2001). Los resultados de la aplicación del instrumento en nuestra investigación coinciden con las pruebas hechas en México, donde los resultados positivos de la calidad, aceptación de los usuarios y usuarias hacia la calidad de los servicios, con la medición de la satisfacción y recomendación a familiares y amigos, buena interrelación con los prestadores, buena aceptación con los tiempos de espera y la duración de la consulta fue del 94% (México, C.N D.P, 2000). Estos aspectos se deben mantener y fortalecer con la nueva estrategia de Salud a su Hogar, y con el cumplimiento de requisitos de calidad vigentes.

Los procesos de participación comunitaria, en sus diferentes grados, son una ganancia que debe ser direccionada a favor de lograr mayores beneficios para la población y garantizar la exigibilidad y portabilidad de los derechos en salud sexual y reproductiva para la población, tomando como oportunidad la vigencia del tema en las agendas políticas a nivel nacional e internacional, donde este ítem está en la primera línea, lo cual facilita el acceso a apoyos interinstitucionales e intersectoriales. Este factor es favorable para considerar el enfoque estratégico para las programas de salud sexual y reproductiva, promovido por la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cual se considera clave para un nuevo dimensionamiento de los programas de salud reproductiva. El trabajo participativo, interdisciplinario y procesos

apropiados por los gobiernos locales para garantizar la implementación de programas son elementos, que fortalecen la adopción de este enfoque.

El abordaje estratégico permite construir capacidades para identificar y priorizar necesidades, evaluar intervenciones apropiadas e implementar innovaciones a nivel nacional y local. El Enfoque fue desarrollado por WHO, para reorientar los programas más allá de la perspectiva de introducción de métodos anticonceptivos y enfoque técnico, a uno más orientado hacia la calidad de la atención y los derechos. Tal orientación, que se inicia a partir de la década de los 90, ha involucrado a 25 países, con avances en evaluación de necesidades, investigación sobre prestación de servicios e introducción de nuevas estrategias. Esta perspectiva se puede aplicar a otras áreas de la salud pública. Tiene cuatro (4) elementos clave, a saber: 1. enfoque de SSR que incluye derechos, equidad de género y justicia social; 2. vínculos entre evaluación estratégica de necesidades, investigación aplicada de servicios e innovación; 3. una estructura centrada en el paciente par identificar y corregir puntos críticos en gestión, fallas técnicas, socioculturales y de recursos para proveer un acceso equitativo, apropiado y de buena calidad, y 4. apropiación de los programas por los países, involucrando a los líderes, y todos los actores incluyendo profesionales de la salud, tomadores de decisiones, prestadores de servicios, científicos, etc. Así, se reorienta la percepción de los problemas de salud reproductiva y sus posibles soluciones cuando se desarrollan programas de planificación familiar, con enfoque de calidad, consentimiento informado y enlace con otros temas de salud reproductivos, más allá de la dimensión de entrega de métodos anticonceptivos. La atención centrada en el paciente esta guiada por una estructura que dirige la atención a elementos críticos que afectan la aceptabilidad y la sostenibilidad de los



programas. En países con innovaciones como Zambia y Brazil, se tiene un seguimiento al enfoque estratégico, con resultados positivos (Fajans, Simmons y Ghiron, 2006).

Aquellos factores estructurales relacionados con la identificación de necesidades de la población usuaria y la integralidad de la atención, son debilidades que reflejan una calificación baja y que se relacionan directamente con la calidad de servicios de salud. La falta de desarrollo de procesos de investigación operativa es parte del fraccionamiento del modelo de prestación de servicio actual en donde el equipo establecido en las unidades de atención está orientado hacia un trabajo netamente asistencialista y existen otros equipos direccionados al trabajo extramural, con escasa o nula comunicación entre ellos y trabajando cada uno de manera independiente sobre la misma población del área de influencia. Esto dificulta el diseño y desarrollo de servicios orientados a las necesidades del paciente y presenta una barrera para la prestación de servicios adecuados a las necesidades de la población. Esta identificación de necesidades se ha reconocido como un factor que favorece la continuidad de la atención y la aceptación de los programas. Un mejor entendimiento de las necesidades de los usuarios debe ayudar a los tomadores de decisiones para implementar programas orientados a sus necesidades, tanto las percibidas por el paciente como las percibidas por el personal. Mejorar la calidad de la SSR incluye el aseguramiento para que los servicios llenen las expectativas de los clientes, quienes utilizan estos servicios (Women's Health; Aldana, Piechulek y Al-Sabir, 2001; Fajans, Simmons y Ghiron, 2006).

Las estrategias de comunicación utilizadas para informar sobre derechos en salud sexual y reproductiva no son pertinentes, ya que predominan los mensajes donde se mantienen los estigmas sociales, la orientación al

binomio madre-hijo y la nula participación del hombre, así como la restricción para la libre escogencia de métodos de planificación para esta población. Un estudio realizado en Kenya, en 1997, diseñó instrumentos para evaluar qué tan informadas eran las decisiones de las mujeres sobre la elección del método de planificación familiar, indagando 20 a 25 aspectos, sobre cada una de las nueve alternativas cubiertas por el programa de planificación familiar y se pudo encontrar que, en promedio, sólo se discuten 4 métodos con las usuarias. Si la consulta es por alternativa de cambio de método, sólo se consideran dos. En el desarrollo de las consultas se identificó que en el 61% de sesiones se entregó información sobre eventos fisiológicos y sólo 9% sobre otros elementos personales, 5% sobre VIH/SIDA y 1% sobre ITS. Sólo en el 16% de las sesiones se preguntó la edad a las pacientes (Mi Kim, Kols y Muccheke, 1998).

El derecho a elegir es fundamental para los programas de planificación, por tanto, debe respetarse las preferencias y respuestas a las necesidades de la mujer, para tomar una decisión informada (FNUAP, 1994; García, 1998; Bruce, 1990; Strobino, Loening y Grason, 2000; Boller, *et al.*, 2003; Flórez Tono y Olkar, 2002). Se ha demostrado que dar mayor participación en la decisión aumenta la satisfacción y adherencia a los tratamientos seleccionados. Se deben considerar las circunstancias particulares de las usuarias, analizar alternativas, escoger la mejor opción, e implementar la decisión.

La falta de integralidad en la atención puede seguir desdibujando la calidad de la atención, si además no se mejoran los procesos de registro e historia clínica, pilares para la toma de decisiones, basados en datos, tema central del enfoque de calidad. Esta debilidad se vuelve cada vez más evidente en la medida que se incorporan procesos de auditoría, pero la consecuencia de un mal registro



y de orientar estrictamente la consulta al motivo asociado al programa, sin explorar otros aspectos como son la violencia sexual y la sexualidad de las pacientes, limitará las posibilidades de las usuarias a comprender mejor su condición de sujetos de derechos y se perderán oportunidades de orientación e identificación adecuada de la problemática de la población usuaria. Esta falta de integridad tiene resultados similares que evidencian una capacidad técnica limitada de las personas responsables de los registros. En estudios que hicieron evaluación de calidad se encontraron datos de sólo un 35% de historias clínicas completas, no diligenciamiento de revisión por sistemas, poca evaluación de condiciones de enfermedad simultáneas como la anemia o la malaria, o no se tramita a otros servicios de las unidades (Boller, *et al.*, 2003; Mi Kim, Kols y Mucheke, 1998). La evaluación del examen físico es menos frecuente en servicios de planificación familiar (25%) y en consultas generales de atención a la mujer (16.6%), en comparación con la valoración en control prenatal, donde se realiza en un 81% (Aldana, Piechulek y Al-Sabir, 2001). datos similares al comportamiento de los registros en las unidades de este estudio.

Conclusiones

Las evaluaciones de avances de las recomendaciones de la CIPD de 1994, muestran seguimiento a datos relacionadas con adopción de la política, participación de líderes, establecimiento de prioridades, implementación de programas y movilización de recursos, pero no se encuentran datos específicos sobre evaluación de los derechos ni de seguimiento de la calidad (Benson Gold y Richard, 1998; Visbal, 2004).

La evidencia sobre cómo la evaluación continua de la calidad puede realmente

mejorar los resultados es limitada. Aunque se ha avanzado en formas de evaluar y medir se mantienen brechas en aspectos de instrumentos de medición, usos de los datos de desempeño, factores organizacionales y de cultura organizacional, avances en informática e impacto de la investigación sobre las mediciones (Leatherman, Hibbard y McGlynn, 2003). La calidad puede mejorar al asociarse los programas con sistemas de capacitación, o con la implementación de guías de atención, sin necesidad de una medición permanente. Se deben diferenciar los indicadores de calidad con los de desempeño, y los indicadores de calidad no son iguales a los parámetros de guías de atención o estándares (Campbell, *et al.*, 2002).

La recolección de datos numéricos y la forma como se establecen las comparaciones, deben considerar variaciones y ajustes de los indicadores, antes de ser comparados. Las continuas recolecciones de información llevan al riesgo de establecer relaciones de causalidad que no son ciertas. Los países han avanzado en buscar indicadores comunes, no sólo a nivel hospitalario sino a nivel de servicios ambulatorios de primer nivel, siendo un aporte que puede considerarse a nivel de evaluación y seguimiento de servicios y aplicarse a servicios en SSR (Campbell, *et al.*, 2002; Engels, *et al.*, 2005; Powell, Davies y Thomson, 2003).

En las condiciones actuales del Sistema General de Seguridad Social en Salud, y considerando la Política Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, es importante recuperar los servicios estructurados de planificación familiar. Estos tienen coberturas y alcance comunitario, que pueden ser ofrecidos a los encargados de la medicina administrada, como canales de entrega de servicios, y se debe trabajar en conjunto y aprovechar su impacto comunitario y su acceso cultural y geográfico. Los planes de medicina ad-



ministrada a veces no son tan completos como los de estos programas (Benson Gold y Richard, 1998).

Los países deben considerar como retos actuales de la calidad (Mc Glynn, 1997): balancear las perspectivas de proveedores, pacientes y aseguradores; definir criterios para la rendición de cuentas; establecer criterios para la evaluación; identificar niveles de información; minimizar los conflictos entre restricciones financieras y metas de calidad y desarrollar sistemas de información.

Bibliografía

- Aldana, J.; Piechulek, H. & Al-Sabir, A. 2001. "Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh". *Research Bulletin of the World Health Organization*. 79(6): 512-517.
- Baltusen, R., Haddad, S. & Sauerborn, R. 2002. "Perceived quality of care of primary health care services in Burkina Faso". *Health Policy and Planning*. 17(1): 42-48.
- Benson Gold, R. & Richard, C. 1998. "Lessons learned: The managed care experiences of family planning providers". *Journal of Public Health Management and Practice*. 4(6): 1-12.
- Boller, C., et al. 2003. "Quality and comparison of antenatal care in public and private providers in the Republic of Tanzania". *Bulletin of the World Health Organization*. 81(2): 116-122.
- Bruce, J. 1990. "Fundamental elements of the quality of care: a simple framework." *Studies in Family Planning*. 21(2): 61-91.
- Campbell, S., et al. 2002. "Research methods used in developing and applying quality indicators in primary care". *Qual. Saf. Health Care*.
- Donabedian, A. 1988. "A quality of health care how can it be assessed?" *JAMA*. 260: 1743-8.
- Engels, Y., et al. 2005. "Developing a framework of, and quality indicators for, general practice management in Europe". *Family Practice*. 22: 215-222.
- Fajans, P., Simmons, R. & Ghiron, L. 2006. "Helping public sector health systems innovate: The strategic approach to strengthening reproductive health policies and programs". *American Journal of Public Health*. 96(3): 435-440.
- Flórez, C., Tono, T. & Olkar, N. 2002. "Medición de las inequidades en salud en Colombia 1990-2000." *Revista Via Salud*. 19.
- FNUAP. 1994. *Informe de la Conferencia Internacional de Población*. Departamento de Asuntos Económicos y Sociales con apoyo del Fondo de las Naciones Unidas para asuntos de población (FNUAP). Cairo.
- García, J. 1998. *Guía para la evaluación de programas y proyectos en salud reproductiva*. EAT-UNFPA. México.
- Haddad, S., Fournier P. & Potvin, L. 1998. "Measuring lay people's perceptions of the quality of primary health care services in developing countries. Validation of a 20-item scale." *International Journal of Quality in Health Care*. 10(2): 93-104.
- Hartigan, P. 2001. "The importance of gender in defining and improving quality of care: some concerns." *Health Policy and Planning*. 16(1(supplement)): 7-12.
- Improving the quality of health care in reproductive health (A Pacific Island countries's perspective)*. Women's Health. Western Pacific Region.
- Leatherman, S., Hibbard, J. & McGlynn, E. 2003. "A research agenda to advance quality measurement and improvement." *Medical Care*. 41(1 (supplement)): I80-I86.
- Leebov, W. & Ersoz, C. 1993. *Manual de los administradores de salud para el mejoramiento continuo*. Editora Guadalupe. Bogotá.
- McGlynn, E. 1997. "Six challenges in measuring the quality of health care." *Health Affairs*. 16 (3): 7-21.
- México, C.N. D.P. 2000. *Sistema de seguimiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar*. Consejo Nacional de Población de México. México.
- Mi Kim, Y., Kols, A. & Mucheke, S. 1998. "Informed choice and decision-making in family planning counseling in Kenya." *International Family Planning Perspectives*. 24(1): p. 4-11.
- Ministerio de la Protección Social de Colombia. 2003. *Política nacional de salud sexual y reproductiva*.
- Powell, A., Davies, H. & Thomson, R. 2003. "Using routine comparative data to assess the quality of health care: understanding and avoiding common pitfalls." *Qual. Saf. Health Care* 12: 122-128.
- Ruelas, E. 1986. *La investigación sobre la calidad de la atención médica*. Salud Pública. México.
- Ruelas, E. 1993. *Hacia una estrategia de garantía de la calidad de los conceptos a las acciones*. Salud Pública. México.



- Strobino, M., Loenig, H. & Grason, A. 2000. *Approaches an indicators for measuring quality in Region VIII Family Planning Programming*. Women´s and Children´s Health Policy Center, Johns Hopkins School of Public Health. Baltimore.
- Visbal, L. 2004. "Desafíos para el Caribe a 10 años de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, Egipto." *Rev. Panam. Salud Pública*. 15(2).
- Weisman, C., Grason, H. & Strobino D. 2001. "Quality management in public and community health: Examples from women´s health." *Quality Management in Health Care*. 10(1): 54-64.

